

# Enquête Expérience & Satisfaction Patient à la sortie

Ce questionnaire vise à recueillir votre avis sur les soins reçus et les contacts que vous avez eus avec les professionnels de santé avant et pendant votre hospitalisation.

Vos réponses ne vous prendront que quelques minutes et seront traitées dans le respect de l'anonymat (sauf si vous souhaitez nous donner vos noms et prénoms). Votre avis est important car il permet d'améliorer la qualité des pratiques et l'organisation des soins. Si vous le souhaitez une personne de votre choix peut vous aider à remplir ce questionnaire.

## AVANT VOTRE HOSPITALISATION :

Avant votre hospitalisation, vous étiez :

- Déjà hospitalisé et vous avez été orienté vers l'HEM
  A votre domicile et vous avez été orienté vers l'HEM
  Déjà venu à l'HEM pour une précédente hospitalisation

Avant votre hospitalisation, avez-vous pu bénéficier d'une visite de notre établissement (visite de préadmission) :

- Oui
  Non, cela ne vous a pas été proposé
  Non, cela vous a été proposé mais vous ne pouviez pas venir
  Non, cela vous a été proposé mais vous l'avez refusée

## A VOTRE ARRIVEE :

Sur une échelle de 1 à 4 (4 étant la meilleure note), suite à votre accueil dans notre établissement, quelle note attribuez-vous à l'accueil qui vous a été réservé ?  1  2  3  4





Lisez les affirmations ci-dessous et indiquez dans quelle mesure vous êtes ou non d'accord avec elles :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Les informations pour réaliser les formalités administratives à l'entrée étaient claires et compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel administratif (accueil, admissions, secrétariats médicaux...) m'a accueilli avec courtoisie et bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le personnel des services de soins m'a accueilli avec courtoisie et bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La cadre de santé ou l'IDEC vous a délivré les informations dont vous aviez besoin au début de votre séjour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le coordonnateur éducatif vous a expliqué les modalités de mise en sécurité de vos biens et objets de valeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les informations pour comprendre l'organisation du services et de l'hôpital au quotidien étaient claires et compréhensibles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





- Le livret d'accueil vous a été remis et expliqué  Oui  Non  Je ne me souviens plus  
 L'infirmière hygiéniste et l'infirmière douleur vous ont convié à une réunion d'information dans le mois suivant votre arrivée  Oui  Non  Je ne me souviens plus  
 Les contacts des représentants des usagers vous ont été remis  Oui  Non  Je ne me souviens plus

## PENDANT VOTRE SEJOUR :





Vous avez été en relation avec des professionnels de santé (médecins, infirmiers, aides-soignants, diététiciens, rééducateurs, psychologues, secrétaires médicales, assistants de service social, éducateurs...) .... Selon vous, ces professionnels :

	Oui, tout à fait 	Oui, en partie 	Non 	Sans avis 
Vous ont donné des informations claires et faciles à comprendre sur votre problème de santé (termes techniques expliqués)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont encouragé à poser des questions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont pris en compte vos inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont associé aux décisions vous concernant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont proposé des activités éducatives et animations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont permis de maintenir votre niveau scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont pris en compte vos douleurs physiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont aidé(e) à vous mettre en confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont respecté vos droits (intimité, confidentialité, croyances, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etaient identifiables ou ont indiqué leur nom et fonction en se présentant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour vos médicaments et les soins, les professionnels :





	Oui, tout à fait 	Oui, en partie 	Non 	Sans avis 
Vous ont dit à quoi servaient les médicaments et les soins prodigués	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont expliqué les éventuels effets secondaires à surveiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont expliqué le traitement à prendre et les soins à faire pendant les permissions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous ont expliqué le traitement à prendre après la sortie (la liste et les doses de médicaments)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant les prestations hôtelières, selon vous :





	Oui, tout à fait 	Oui, en partie 	Non 	Sans avis 
Votre chambre était propre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le niveau sonore dans le service permet le repos / le calme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'équipement et le mobilier de la chambre sont confortables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les repas servis étaient bons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les repas servis étaient variés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### AVANT VOTRE SORTIE :

Selon vous, les professionnels :

	Oui, tout à fait 	Oui, en partie 	Non 	Sans avis 
Vous ont aidé(e) à préparer votre sortie en coordination avec les professionnels de ville (par ex : infirmier libéral, médecin...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont préparé avec vous la reprise de la vie quotidienne après la sortie (scolarité, déplacements,...) et ont anticipé vos éventuels besoins d'aide pour ces activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### A LA FIN DE VOTRE SEJOUR :

	Faible 	Moyen	Bonne 	Très bonne 	Sans avis 
Globalement, quelle est votre appréciation de votre hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### POUR NOUS AMELIORER :

	Beaucoup plus mal	Un peu plus mal	Dans le même état	Un peu mieux	Beaucoup mieux	Sans réponse
Comment vous sentez-vous aujourd'hui par rapport au jour de votre admission à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qu'avez-vous retenu de positif concernant votre hospitalisation ?

Qu'avez-vous retenu qui pourrait être amélioré ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous indiquer :

DATE :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Unité de soins : \_\_\_\_\_

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION A L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE NOS PRISES EN CHARGE